

LES
SARCOMES MUSCULAIRES
RÉSULTATS OPÉRATOIRES ÉLOIGNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix RICHOUX

Né le 22 Juillet 1875, à Dortan (Ain).



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546717_0019

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 34

LES
SARCOMES MUSCULAIRES
RÉSULTATS OPÉRATOIRES ÉLOIGNÉS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix RICHOUX

Né le 22 Juillet 1875, à Dortan (Ain).



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ
4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		X.
Clinique des maladies mentales.		FUCHIER.
Clinique des maladies des enfants.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie.		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.		MAYET.
Médecine légale		TRIPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUÇ.	TIXIER.
ROYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. COURMONT (J.), Assesseur;
MM. VILLARD et COURMONT (P.), Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

En traitant ce sujet, nous n'avons pas eu la prétention de faire un travail nouveau. Depuis que le sarcome a recouvré son autonomie parmi les tumeurs des muscles, beaucoup d'auteurs l'ont étudié. Depuis Lebert et Robin, des observations de plus en plus nombreuses en ont été publiées, et à l'heure actuelle, le sarcome musculaire, tant au point de vue clinique qu'anatomopathologique, ne nous présente plus rien de nouveau.

Cependant, il nous a semblé que le pronostic opératoire de ces tumeurs avait été rendu trop sombre. Peut-être les nombreuses récidives que l'on observe dans ces cas ont-elles une grande part dans cette exagération. Nous avons donc essayé, après avoir fait une brève description du sarcome, de son anatomie pathologique et de ses symptômes, de nous rendre compte des raisons qui pouvaient avoir de l'influence sur la malignité ou la bénignité relative de ces tumeurs.

Après avoir recueilli un certain nombre d'observa-

tions, nous avons fait un choix parmi les résultats opératoires connus et inconnus, et si, cependant, nos conclusions ne portent que sur un nombre restreint de cas, il faut en mettre la faute sur les difficultés qu'il y a à suivre longtemps, hors de l'hôpital, les malades opérés.

Nous remercions M. le professeur Poncet d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous ne saurions oublier que M. le Dr X. Delore nous a guidé dans notre travail et que c'est à lui que nous en devons l'idée première.

Nous nous souviendrons des leçons et des conseils que nos différents maîtres, soit dans les hôpitaux, soit à la Faculté, n'ont jamais cessé de nous prodiguer pendant le cours de nos études, et nous aurons à tâche de toujours essayer de suivre leur haut exemple.

Nous remercions enfin particulièrement M. le chirurgien-major Gangolphe pour les soins personnels qu'il nous a donnés dans son service ; nous avons contracté envers lui une dette de reconnaissance que nous n'oublierons jamais.

LES SARCOMES MUSCULAIRES

RÉSULTATS OPÉRATOIRES ÉLOIGNÉS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Ce fut Lebert qui, le premier, eut le mérite (1844) de rendre son autonomie au sarcome musculaire, jusqu'alors confondu avec le cancer : il présente à la Société anatomique une tumeur enlevée par Denonvilliers dans le muscle vaste externe, tumeur fibreuse contenant des noyaux osseux et quelques fibres musculaires; il lui donne le nom de tumeur fibro-plastique.

Robin (1849) découvre, en outre des tumeurs fibro-plastiques, des tumeurs à cellules rondes, qu'il appelle tumeurs embryo-plastiques, et des tumeurs à éléments spéciaux signalés par Müller sous le nom de plaques cellulaires, et auxquelles il donne le nom de myéloplaxes : Paget les avait déjà décrites, en les appelant myéloïdes.

Vignes (1862) différencie le sarcome intra-musculaire du carcinome : il cite deux observations de cancers embryoplastiques généralisés, sans qu'on ait pu en

trouver le point de départ, et cinq observations de tumeurs embryoplastiques, primitivement intra-musculaires et localisées à un seul muscle (2 obs. de Demarquay, 1 obs. de Gosselin, 1 obs. in *Traité des tum. de Waren*, 1 obs. in *Compendium de chirurgie*).

Teevan (1863), dans une statistique de 62 cas de tumeurs des muscles, ne fait pas mention du sarcome musculaire; il ne l'admet pas. Dans sa statistique, on trouve, en effet, 25 carcinomes, 16 fibromes, 8 tumeurs kystiques, 5 à échinocoques, 3 ostéomes, 1 tumeur myéloïde et 3 cas douteux.

Mais Volkmann (1865), reprenant Teevan, soutient que le sarcome est la plus fréquente des tumeurs musculaires, et classe parmi les sarcomes malins les soi-disant carcinomes de Teevan. Il déclare, en effet, avoir extirpé plusieurs tumeurs sarcomateuses intra-musculaires à l'avant-bras, à la nuque, à la plante du pied, à la cuisse.

Desprès (1866) soutient, au contraire, que l'on n'a pas d'observations authentiques de cancer primitif des muscles : pour lui, il n'y a pas de différence entre le sarcome et le carcinome.

M. J. Robert (*Dict. Dechambre*) arrive aux mêmes conclusions.

Depuis, l'étude anatomo-pathologique et clinique du sarcome musculaire a été approfondie par Sokolow (1873), Lemaréchal (1880), Combet (1881), Rayneau (1887); par Schœffer (1888), dans son étude sur les *Modifications musculaires au voisinage des sarcomes et fibro-sarcomes*; par Christiani (1887), Schlieter (1891), Guillon (1894), Chambe (1895), et Regaud, *Fibrome à évolution maligne*.

CHAPITRE II

ANATOMO-PATHOLOGIE

Cornil et Ranvier définissent les sarcomes : des tumeurs constituées par du tissu conjonctif embryonnaire ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir adulte.

Le sarcome musculaire ne présente, dans sa texture historique, rien de particulier.

On rencontre, en effet, dans les muscles toutes les variétés de sarcomes, depuis le sarcome embryonnaire (myxosarcome), sarcome embryoplastique de Robin ou globo-cellulaire, jusqu'au sarcome fuso-cellulaire ou fibro-sarcome, sarcome fibro-plastique de Lebert, en passant par le sarcome myéloïde, sarcome à myéloplaxes de Robin. Cependant, Guitton nie l'existence du sarcome mélanique.

Mais, si tous les auteurs sont d'accord sur les différentes formes du sarcome des muscles, il n'en est pas de même au sujet du mode d'évolution de cette tumeur. De quelle façon donc se propage le sarcome dans le muscle où il a pris naissance, et quelles sont les modifications que subit la fibre musculaire à son contact ?

Le sarcome n'envahit-il que le tissu cellulaire et l'atrophie musculaire est-elle consécutive à la compression par le néoplasme, ou bien les noyaux de la fibre musculaire participent-ils à la tumeur ?

Pour Sokolow, les cellules du sarcolemne et du muscle contribuent au développement de la tumeur, les éléments nouveaux se forment exclusivement dans le muscle et le sarcolemne, et les éléments des fibres musculaires se transforment en cellules spéciales. La transformation commence dans la fibre musculaire par la multiplication des noyaux. Ces éléments remplissent la gaine du sarcolemne et prennent le caractère des cellules : c'est le début du sarcome. Les cellules rondes ou ovales se transforment en cellules fusiformes ornées de prolongements et entourées de protoplasma. Pendant ces transformations, la substance striée ne subit que des transformations passives, atrophie simple ou avec dégénérescence granulo-graisseuse.

O. Weber, Fœrster, Waldeyer, Billroth et Weil soutiennent la théorie de Sokolow en faisant jouer à la fibre musculaire un rôle actif dans le développement du sarcome.

Christiani fait une distinction entre le sarcome adulte et le sarcome embryonnaire. Dans le premier, le tissu musculaire disparaît par atrophie et compression : dans ce cas le sarcome est bénin. Dans le sarcome malin, le muscle réagit et la réaction se produit par prolifération cellulaire, d'abord du tissu conjonctif interstitiel, puis de la fibre musculaire. Le sarcolemne peut disparaître, laissant les corpuscules musculaires (noyaux) proliférés. Ces corpuscules proliférés se

transforment-ils en éléments sarcomateux ? cela n'est pas démontré.

Christiani réfute Sokolow : dans l'observation de ce dernier, les fibres musculaires renfermant des cellules fusiformes étaient situées plus à la périphérie par rapport aux cellules ovalaires de la tumeur, ce qui ne cadre pas avec la marche du néoplasme dans lequel les éléments jeunes sont à la périphérie. Dans le cas où le fait existerait, comment l'expliquer ? Sokolow n'aurait-il pas plutôt fait une erreur d'interprétation, et les cellules fusiformes ne seraient-elles pas des noyaux musculaires à aspect particulier ?

Gross et Feltz ne voient dans la fibre musculaire qu'une dégénérescence granulo-graisseuse ou atrophie.

Pour Cornil et Ranvier, Wirchow, Morel, von Wittich, Sick et Rineck, le sarcome débute dans les espaces interfasciculaires, et les fibres musculaires ne subissent que des altérations passives.

Rindfleisch, Lemaréchal, Combet reconnaissent l'origine conjonctive du néoplasme.

Schlieter ne croit pas à la participation de la fibre musculaire dans l'évolution du néoplasme. Le muscle s'atrophie sans réaction. Seuls, les éléments endothéliaux des vaisseaux et les noyaux du tissu conjonctif, irrités par la tumeur, contribuent à la néoplasie.

Klemensiewicz signale des lésions particulières au voisinage des sarcomes musculaires, il leur donne le nom de « usures lacunaires ».

Schoeffer, remarque à la suite de la pénétration du sarcome dans le tissu conjonctif intra-musculaire, une coudure de la fibre musculaire qui prend un aspect

vermiforme : certaines s'atrophient, d'autres s'hypertrophient, mais les cellules sarcomateuses ne pénètrent pas directement la fibre musculaire.

Pillet (th. de Chambe) attribue au sarcome une origine musculaire, vu l'extrême vascularité et la présence de vaisseaux en voie de formation.

La formation des néo-vaisseaux dans le sarcome encéphaloïde ne peut être attribuée qu'au tissu formateur des vaisseaux et des globules sanguins, le parablaste de His ou tissu angioblastique. Ceci explique le sarcome du premier âge dans des tissus qui deviendront aponévrotiques et qui, chez l'embryon, sont composés de traînées vasculaires autour desquelles s'organiseront les masses musculaires que ces traînées doivent nourrir.

Comment se fait cette transformation de la fibre musculaire en capillaire sanguin ? par la prolifération des noyaux à l'intérieur et à l'extérieur du sarcolemme, ceux de l'intérieur s'entourant de protoplasma et se transformant en endothélium. La substance musculaire s'atrophie laissant un vide entre le sarcolemme et elle, vide qui deviendra la lumière du vaisseau néoformé. Ces vaisseaux néoformés sont donc constitués, comme des capillaires ordinaires, par une gaine amorphe avec un endothélium. L'hémoglobine du tissu musculaire pourra servir à la formation des globules sanguins, ce qui complète l'analogie.

Regaud, dans son *Etude sur un cas de fibrome malin*, soutient que les cellules embryonnaires ne jouent aucun rôle dans la disparition de la substance contractile. Il ne constate qu'une augmentation des noyaux musculaires. A un certain moment, le sarco-

lemne éclate, laissant libres les fibrilles musculaires, qui se segmentent à leur tour et seraient digérées par les cellules musculaires elles-mêmes : donc, les cellules de la tumeur ne jouent aucun rôle dans cette phagocytose. Les noyaux libres s'entourent de protoplasma granuleux et tombent au sein du tissu néoplasique. Les éléments néoformés peuvent-ils proliférer dans le sens néoplasique ? Le fait ne peut se trancher quoique cela ne paraisse pas impossible.

Morin, dans sa thèse, soutient la même théorie, et nous concluerons avec lui que le sarcome musculaire prend son origine dans le tissu conjonctif du muscle ; que la fibre musculaire ne subit que des altérations passives, et que les cellules qui se forment dans l'intérieur de la gaine du sarcolemme ne semblent pas constituer des cellules sarcomateuses.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

Si le sarcome musculaire primitif a été reconnu comme une affection assez rare, et si Hénocque, tout en en reconnaissant l'existence, en a fait des cas peu communs, Volkmann au contraire soutient que le sarcome primitif existe le plus fréquemment : « Certaines de ces formations, dit-il, se développent aux dépens du périmysium interne, de telle sorte qu'elles sont placées au milieu des muscles ; d'autres se développent plus aux dépens de la surface des muscles, soit au point où le muscle devient tendineux, soit sur le tendon lui-même. »

A l'heure actuelle, le sarcome musculaire primitif n'est plus une rareté, et les cas que nous avons pu recueillir dans notre thèse prouvent au contraire sa fréquence relative.

Quelles sont donc les causes qui favorisent ou semblent favoriser son éclosion ?

L'hérédité ne semble pas jouer un grand rôle : Guittou ne cite qu'un cas avec antécédents cancéreux. Quant à l'âge, on peut dire que nulle période de la vie n'est immunisée contre le sarcome : cependant

le maximum de fréquence de cette affection se trouve pendant l'âge mûr, de vingt-cinq à cinquante ans.

Les deux sexes sont atteints à peu près également, avec cependant une plus forte proportion pour le sexe masculin (37 hommes, 27 femmes).

Une des causes étiologiques qui semble jouer un grand rôle dans l'apparition de ces tumeurs est le traumatisme sous toutes ses formes. On a remarqué en effet que le sarcome se développe quelquefois aux endroits ayant subi déjà des altérations diverses, telles que cicatrices et tumeurs, etc., et Paget cite dans l'étiologie des tumeurs, les violences, contusions, et en rapporte plusieurs cas dans ses *Lectures on tumours*.

L'âge, en effet, et le sexe des malades atteints de néoplasmes ne viennent-ils pas confirmer l'importance de cette étiologie; n'est-ce pas chez l'homme, et chez l'homme adulte, que l'on rencontre le plus grand nombre de traumatismes?

Comment donc agirait le traumatisme? Sans vouloir discuter si les microbes découverts par Francke et autres dans les sarcomes, si les corps ronds ou ovales que Pawlosky a décrits dans les noyaux des cellules sarcomateuses sont des microbes spécifiques du sarcome, il ne serait pas impossible d'admettre que le traumatisme serait la cause qui créerait, dans un organisme atteint d'infection au point touché, un état de moindre résistance et, par suite, l'éclosion de la tumeur: ce serait un microbe se développant sur un terrain favorable. D'ailleurs, comme le dit Quénu, la rapidité de la généralisation n'éveille-t-elle pas l'idée de maladie infectieuse?

Quoi qu'il en soit et quelle que soit la théorie admise, il nous semble que certains auteurs, qui n'ont voulu voir dans le traumatisme qu'une simple coïncidence, n'ont pas assez examiné les faits.

Les cas que nous avons recueillis (11 cas) sont suffisamment nets pour que le traumatisme ne passe pas pour quantité négligeable dans l'apparition des sarcomes¹.

¹ Birkett (*the Lancet*, 1854) cite l'observation d'un homme chez lequel un sarcome s'était développé à l'avant-bras sous le muscle fléchisseur superficiel, juste à l'endroit où pressait l'anse d'une corbeille qu'il avait coutume de porter au bras.

Vix (*Arch. f. klin. Chirurg.* 1862) parle d'une humeur sarcomateuse qui se développa sur le vertex d'un homme que sa profession obligeait à porter de lourds fardeaux sur la tête.

Paget (*Lectures*) rapporte plusieurs cas de tumeurs sarcomateuses développées à la suite de contusions ; il cite le cas d'un officier qui vit une tumeur se développer à l'endroit où, depuis de longues années, frappait le fourreau de son épée, lorsqu'il était à cheval.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES

Le sarcome musculaire se présente presque toujours comme une tumeur unique ; nous n'avons pu recueillir qu'un seul cas de sarcomes multiples. (Obs. de Tripier, *Lyon médical*, 1876.)

Le début est généralement indolent ; ce n'est que peu à peu que le volume de la tumeur ou la gêne occasionnée par cette dernière finit par éveiller l'attention du malade ; la douleur précoce est assez rare, elle ne se produit guère que lorsque le néoplasme, ayant acquis un certain volume, comprime ou englobe des filets nerveux.

Le développement de la tumeur se fait souvent d'une façon lente au début, il peut même y avoir arrêt dans la progression pendant un temps indéterminé, jusqu'à ce qu'une cause extérieure (traumatisme, examen local, ponction), donnant un coup de fouet à la maladie, lui fasse doubler les étapes.

La palpation nous fait sentir une tumeur de consistance variable. Il peut y avoir de la fluctuation ou, inversement, une sensation de dureté uniforme. Quelquefois même on a une sensation de rénitence alternant avec de la fluctuation.

L'examen de la peau nous donne différents symptômes suivant l'état de la tumeur. En effet, une tumeur peu volumineuse ne se signale à l'extérieur par aucun changement dans la coloration des téguments, ni par de l'ectasie veineuse. Une tumeur assez volumineuse, au contraire, nous fait voir des veines dilatées, une peau rouge ou violet foncé, reposant sur un empâtement diffus. Mobile dans les deux cas, la peau contracte au contraire des adhérences lorsqu'elle est envahie par la tumeur; elle peut même s'ulcérer dans ce dernier cas.

Ajoutons, pour terminer, que la tumeur sous-aponévrotique peut disparaître quelquefois pendant la contraction musculaire. Si elle est plus volumineuse, la contraction, en la bridant, l'immobilise dans le sens longitudinal du muscle, mais permet de lui imprimer des mouvements dans le sens transversal.

L'engourdissement, les fourmillements, les élancements dans le membre malade ne sont que des symptômes de voisinage causés par la compression vasculaire ou nerveuse.

Les modifications de la température du côté atteint ont été mises en relief par Estlander. D'après cet auteur, les différences de température entre le côté sain et le côté malade peuvent varier de $0^{\circ}4$ à $1^{\circ}5$. Dans une observation de Cauchois (sarcome du bras), on obtenait dans l'aisselle malade des différences de température de $0^{\circ}3$, $0^{\circ}7$, $0^{\circ}8$ en faveur du côté malade.

Verneuil a étudié les modifications de la température générale dans ces cas de tumeurs; il en a conclu que le seul traitement pour faire tomber la fièvre était l'ablation du néoplasme.

L'hypertrophie ganglionnaire manque très souvent ou n'est que très peu accusée.

Quant à l'état général, il reste bon jusqu'à la fin.

Ajoutons, pour être complet, que d'après Hayem le sang présenterait des modifications dans sa teneur en globules blancs qui, de 6000 par millimètre cube, peut atteindre 19.500 et même davantage.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le lipome intra-musculaire est quelquefois symétrique, limité d'une façon moins nette. Il est lobulé et donne de la pseudo fluctuation. Il ne présente pas de douleur spontanée. Enfin, une aiguille de Nélaton, plongée dans son intérieur, n'est pas mobilisable.

Le fibrome est très rare ; de même l'enchondrome, dont la consistance est dure et bosselée.

Le lymphadénome n'est jamais primitif, d'ailleurs l'envahissement ganglionnaire est précoce.

Le kyste hydatique se diagnostique par la ponction.

Le syphilome par les commémoratifs, la marche et le traitement.

L'angiome donne une sensation de petites granulations (petits caillots) bien différentes des grosses bosses, ramollies à leur partie saillante, des sarcomes.

Les ruptures musculaires se reconnaissent à leur début brusque et douloureux.

La hernie musculaire disparaît pendant la contraction musculaire ; son apparition se fait à la suite d'un traumatisme.

L'hématome ancien est difficile à diagnostiquer : on se basera surtout sur la lenteur de son développement.

L'ostéome à la suite d'hématome peut prêter à confusion : sa marche est rapide. Mais c'est surtout une tumeur d'origine professionnelle. Quant à l'ostéome, par myosite ossifiante, on se basera, pour le diagnostiquer, sur sa consistance uniforme.

CHAPITRE VI

MARCHE

Le sarcome est une tumeur à évolution plus ou moins rapide, variable suivant certaines causes dont la plupart nous sont complètement inconnues.

La marche est généralement lente au début. Barling, en effet, a opéré une tumeur dont le début datait de douze ans (obs. XX). Il peut même arriver que la tumeur, arrivée à un certain degré de développement, reste stationnaire jusqu'à ce qu'une cause extérieure, telle qu'un traumatisme, une ponction exploratrice, etc. lui imprime une marche rapide.

Sans vouloir faire de cette remarque une règle absolue, il est notoire que les sarcomes à cellules embryonnaires, les sarcomes encéphaloïdes ont une période d'évolution plus courte que les fibro-sarcomes dont la marche est plus lente, mais progressive.

Dans les deux cas, le néoplasme envahit peu à peu les tissus voisins ; franchissant la capsule qui le limite, il perfore les vaisseaux et englobe les nerfs voisins, amenant ainsi des troubles de compression nerveuse.

Parmi les vaisseaux, ce sont les veines qui sont le plus fréquemment envahies : il y a dans leur intérieur

une production de bourgeons néoplasiques formant thrombose arrêtant la circulation. Exemple : dans l'observation de Joffroy, 1871, où un fibro-sarcome des muscles avoisinant les vertèbres lombaires avait envahi le canal vertébral, l'autopsie avait montré la veine cave remplie par un bourgeon sarcomateux.

Hayem et Graux (*Gaz. méd. de Paris*, 1874), dans une autopsie, avaient trouvé aussi une petite tumeur sarcomateuse greffée sur la tunique intérieure de la veine cave.

Ceci nous explique la manière dont se fait la généralisation des sarcomes : tandis que les épithéliomas se propagent aux ganglions par la voie lymphatique, les sarcomes, par la voie veineuse, vont se greffer sur les viscères et plus particulièrement sur le poumon.

L'intervention sur les tumeurs conjonctives ne donne pas des résultats très favorables, les récidives sont fréquentes. Elles se font sur place, dans la cicatrice ou le moignon, à moins que la généralisation ne se fasse d'emblée. Dans d'autres cas, la généralisation ne se fait qu'au bout d'une ou plusieurs opérations.

Les guérisons, comme nous le verrons, sont relativement très rares.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Le sarcome est une affection d'autant plus sérieuse que son organisation est plus simple (Cornil et Ranvier).

Péters, à propos des observations XVI et XVII, dit : « Nous avons donc ici deux cas bien nets de sarcomes ayant commencé dans le tissu conjonctif placé entre les fibres musculaires et ayant rapidement envahi les muscles. Ces sarcomes placés dans la substance musculaire n'ont généralement pas de capsule : ils s'enfoncent entre les fibres, se fusionnent intérieurement avec le tissu sain périphérique. En conséquence, dans leur ablation, il faut enlever très largement autour du néoplasme. En raison de la difficulté de tout enlever, il vaut mieux, quand on a affaire à un bras ou à une jambe, faire l'amputation aussi près que possible de l'articulation voisine. » Il ajoute que « la récurrence est si fréquente que l'on ne peut donner espoir de guérison au malade ».

Péters a chargé le pronostic. Le pronostic n'est pas fatalement défavorable : les cas de guérison que nous avons recueillis en font foi.

Le pronostic s'établit :

Sur l'évolution antérieure de la tumeur : une tumeur à longue évolution peut faire diagnostiquer ou fibrome ou sarcome, et encore, dans ce dernier cas, le pronostic est favorable.

Sur l'examen histologique : si l'on a une capsule nette et intacte, et si les éléments histologiques se montrent à un degré avancé de leur développement, le pronostic est favorable et moins grave.

Au contraire, parmi les formes malignes se rangent les tumeurs embryoplastiques ou globo-cellulaires à vaisseaux très développés et les myxo-sarcomes.

Billroth cependant est moins catégorique, et pour lui il n'y a pas de bénignité et de malignité absolues.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Le traitement du sarcome consiste en l'ablation de la tumeur.

Dans les cas de sarcome bien localisé, encapsulé et peu volumineux, on fera une ablation locale, une énucléation.

Dans les cas douteux et dans les cas d'envahissement des tissus voisins, l'amputation au-dessous de l'articulation voisine ou même la désarticulation du membre sera préférable.

Dans les cas de récurrence, il faut opérer, et cela plusieurs fois, s'il le faut, tant que l'état général du malade le permet. On a eu ainsi des survies très longues et même des guérisons (obs. XXXVII, XXXVIII, XXXIX).

Dans les cas de généralisation, pas d'intervention.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

OBS. I. — Thèse de Vignes, Paris, 1862.

A. Bérard opère une fille de douze ans.

Tumeur au niveau du grand pectoral.

Récidive dans la plaie. Mort en quelques mois.

Grand-père et grand'mère morts d'affection cancéreuse.

OBS. II. — *Tumeur du muscle grand fessier* (Vignes, *loc. cit.*)

Homme, soixante-six ans. Début : deux mois avant.

La tumeur se fixe par contraction du muscle.

Histologie : Luys fait le diagnostic de tumeur fibroplastique.

OBS. III. — *Sarcome mixte du poplité* (Vignes, *loc. cit.*)

Femme, quarante-six ans. Début : vingt mois, à la partie supérieure et postérieure de jambe.

Diagnostic : cancer encéphaloïde.

Microscopique : noyaux embryoplastiques et fusiformes,

OBS. IV. — II. Lebert, *Anat. path. génér.*, t. II, obs. L.

Sarcome des muscles vaste externe et fessier moyen.

Femme, vingt-neuf ans. Pas d'opération.

Mort, un mois après l'entrée.

OBS. V. — *Myoma Cysticum* (Billroth., *Arch. Virchow*, 1856, p. 72).

Femme, vingt-quatre ans.

Début : deux ans et demi, au niveau du coude gauche. Opération et ablation un an après le début.

Récidive quatre mois après.

Opération : récidive deux ans après.

Evolution rapide.

Extirpation un an après.

OBS. VI. — Vignes, *loc. cit.*

Homme, soixante-dix ans.

Après faux pas, douleur dans la cuisse.

Deux mois après, petite tumeur qui augmente par la suite brusquement.

La tumeur siège au droit antérieur et se fixe par la contraction.

Demarquay opère : 8 mai 1860. Quatre récides.

OBS. VII. — *Myxo-sarcome des muscles du mollet*.
(Billroth., *Chir. klinik Wien*, 1869-1870, p. 365).

OBS. VIII. — *Rapid malignant infiltration of the muscle of the thigh* (Savary, *British med. journal* octobre 1872).

Jeune fille, dix-sept ans, opérée par Backer (21 août 1872) pour tumeur maligne du muscle droit de la cuisse.

Diagnostic : Sarcome médullaire.

Pas de cicatrisation : Savary fait l'amputation de la cuisse.

OBS. IX. — *Fibro-sarcome du muscle temporal*, Nicola-doni. *Zur Casuistik der Tumoren, deutsch Zeitschrift für Chir.*, juillet 1873.

Tumeur molle kystique remplissant la fosse temporale et sphéno-maxillaire. Sans adhérences osseuses.

Extirpation avec succès.

OBS. X. — *Sarcome du mollet* (Chuquet, *Bulletin de la Soc. ana.*, 1877).

Femme, soixante-six ans.

Début : dix mois.

Peau couverte d'un réseau veineux, non adhérente.

Pas de ganglions.

Pas de troubles sensitifs.

Opération : (28 nov. 1877) amputation de jambe.

Mort le 13 décembre par généralisation aux poumons.

Histologie : Sarcome embryonnaire.

OBS. XI. — *Lympho-sarcome de la cuisse* (Lemaréchal, examen histol. par Lutteur).

OBS. XII. — *Cysto-fibro-sarcome du triceps fémoral* (Gross de Nancy, *Soc. de chir.* 1880).

Homme, quarante ans.

Apparition de la tumeur, juin 1876.

Indolore, grossit jusqu'en mai 1877.

Douleurs. Entrée à l'hôpital, 1^{er} décembre 1877.

Tumeur de 12 centimètres sur 10, bosselée, élastique, mobile sur tissus profonds.

Pas de ganglions.

Ablation : 4 décembre 1877.

Histologie : Sarcome fuso-cellulaire.

Le malade sort guéri, janvier 1878.

Récidive en juillet : désarticulation coxo-fémorale.

Récidive de la plaie, mort six mois après par généralisation.

OBS. XIII. — *Myxo-sarcome du muscle couturier*
(Volkman, *Beitrag. f. Chir.*, 1891).

OBS. XIV. — *Sarcome alvéolaire primitif des muscles de l'avant-bras* (Dahl, *Hosp. Titende*, Bd. V, p. 657).

Enfant, neuf ans.

Désarticulation du coude.

Récidive : généralisation.

Histologie : sarcome embryonnaire.

OBS. XV. — *Myxome des muscles adducteurs de la cuisse* (Kœnig, Billroth et Pitha).

OBS. XVI. — *Sarcome des muscles du bras gauche*
(G. Péters, *Méd. New.*, 1883).

Homme, trente-cinq ans.

Début : quatre mois.

Tumeur du bras, fluctuante, non adhérente.

Désarticulation de l'épaule ; 2 octobre 1882,

Deuxième opération le 15 janvier 1883, pour collection purulente de la plaie.

Apparition de la toux, 30 janvier.

Pleurésie : ponction amène liquide sanguinolent.

Mort. Autopsie : noyaux sarcomateux du poumon.

Histologie : sarcome fuso et globo-cellulaire.

OBS. XVII. — *Sarcome des muscles de l'avant-bras*
(G. Péters, *loc. cit.*)

Femme.

Tuméfaction rapide, ulcération de la peau, douleur, suintement fétide.

Amputation au tiers inférieur du bras.

La guérison se maintient quatre mois après.

Histologie : sarcome mixte.

OBS. XVIII. — *Cysto sarcome des muscles radiaux gauches*. (L. Véron, *Arch. gén. de Méd.*, septembre 1883, p. 345).

Ahmed ben Mohamed, quarante-sept ans, ex-tailleur.

Entré le 9 décembre 1882. Début il y a deux ans.

Il y a trois mois, apparition de douleurs.

Tumeur ovoïde de 13 centimètres sur 8.

Pas de changement de coloration de la peau, pas de battements, pas de bosselures.

Tumeur dure à l'extrémité inférieure, fluctuante à l'extrémité supérieure, douloureuse à la pression. Gêne dans le travail.

Une ponction avec la seringue de Pravaz ne donne que quelques gouttes de sang.

Pas de syphilis. Pas de ganglions.

Opération le 12 décembre 1882.

En vingt-cinq jours, cicatrisation complète.

Histologie : sarcome mixte.

OBS. XIX. — *Alveolar Sarcoma of triceps (recurrence) one lymphatic gland infected (cord specimen)*. (Barling, *Trans. Path. Soc. Lond.*, 1884-1885, XXXVI, p. 414.)

Jeune fille, vingt ans.

Début de la tumeur en 1880.

Un ganglion d'envahi.

Opération : février 1884 (ablation de la tumeur et du ganglion).

Récidive en 1885 : désarticulation de l'épaule.

OBS. XX. — *Round celled Sarcoma of peroneus longus (cord specimen)* (Barling — *loc. cit.* —).

Femme, vingt-huit ans. — Antécédents tuberculeux.

Tumeur notée en 1873 (douze ans auparavant).

Augmentation lente jusqu'à la première grossesse, il y a deux ans.

Augmentation rapide pendant les six derniers mois.

Fluctuation au centre de la tumeur. 4 janvier 1885 : amputation du membre au tiers inférieur.

Pas de récidive au 19 mai 1885.

OBS. XXI. — *Sarcome calcifié des muscles du dos* (Le Bec (*Gaz. des hôp.*, 14 septembre 1886).

Ernest B..., cocher, entré à l'hôpital Saint-Joseph le 4 novembre 1885, pour une tumeur de la région dorsale.

A l'âge de quatre ans, on lui a fait une opération à l'endroit de la tumeur et on a sorti un fragment d'os. Syphilis à vingt-cinq ans.

Tumeur de 14 centimètres sur 10 entre les omoplates, faisant une saillie de 4 centimètres. A apparu peu de temps après opération : elle avait alors le volume d'un œuf. Elle a pris de l'extension au début de 1885.

La tumeur est fluctuante, avec quelques points durs.

Rien aux omoplates, ni aux côtes, ni dans les plèvres.

Le malade souffre un peu. Quelques fourmillements à l'extrémité des doigts, au bras gauche. Engourdissement du bras. Élançements douloureux quand on comprime la tumeur.

Une ponction aspiratrice, sans résultat, fait rejeter le diagnostic d'abcès froid.

Opération : 7 novembre (énucléation de la tumeur et ablation de l'enveloppe). Histologie, Dubar : sarcome développé dans muscle grand dorsal avec de nombreux noyaux de calcification. Nulle part trace d'ossification.

Le malade sort le 18. Il est revu par Le Bec (15 juin 1886) : il ne présente pas la moindre douleur.

OBS. XXII. — *Sarcome musculaire* (Lyon. méd. 1888).

Enfant, cinq ans.

Sarcome ayant envahi tout le triceps.

Opération : tout le muscle est enlevé.

Ses attaches aponevrotiques paraissent intactes.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

OBS. XXIII. — *Sarcome du deltoïde gauche.* (Obs. recueillie dans le service de Tillaux.)

Joseph B..., treize ans.

Début : il y a un an. Depuis, la tumeur a doublé de volume (œuf de poule.)

Tumeur lisse, régulière, résistante.

Peau indemne.

La tumeur est mobile transversalement, bien moins de haut en bas.

Pas de douleurs. Pas de ganglions.

La mobilité diminue pendant l'abduction.

Opération 26 mai 1893 (Tillaux) : ablation, sutures, drainage.

Réunion complète en huit jours.

OBS. XXIV. — *Fibro-sarcome de l'avant-bras.*

Homme, trente-cinq ans, bijoutier.

Apparition de la tumeur il y a quatre mois.

En décembre 1880, développement subit.

Entrée à l'hôpital : 15 décembre.

Depuis, la tumeur a augmenté par suite des examens répétés et d'une ponction (5 janvier 1881).

Peau rouge, sans développement veineux.

Grosueur d'une noix.

Dureté élastique, rénitence, et sensation de fluctuation profonde à certains endroits.

On songe à une tumeur syphilitique.

Traitement mixte pendant trois semaines.

La tumeur augmente.

Richet en fait l'ablation au bistouri.

Examen histologique par Remy: fibro-sarcome.

OBS. XXV. — *Cysto-sarcomé du bras droit* (Auvray, interne de Tillaux).

D..., Canadien français, employé, vingt-six ans.

La tumeur apparaît en juin 1894, envahissant progressivement la circonférence du membre.

Évolution rapide et sans douleur.

Volume d'une tête d'enfant. Peau rouge lisse adhérente. Dilatation veineuse.

Mobilité transversale.

Pas de ganglions.

Pas de gêne des mouvements, pas de douleur, pas de fourmillements, pas de troubles trophiques et circulatoires.

Opération : désarticulation d'épaule.

Réunion par première intention.

Guérison en huit jours.

Histologie : Cysto-sarcome.

OBS. XXVI. — *Sarcome de la cuisse* (Delaunay, *Bull. de la Soc. anat.*, 1899, p. 397).

Jean-Baptiste P..., cinquante ans.

Entrée, 13 mars 1889.

En 1874, coup violent à la face interne de la cuisse ; un an après, apparition d'une tumeur de la grosseur d'une noisette.

En 1878, nouveau traumatisme.

Le malade entre à Necker, où Reclus fait l'ablation de la tumeur : huit semaines après, guérison.

Cinq à six mois après, la tumeur reparait.

Th. Auger en fait l'extirpation à l'hôpital Cochin trois ans après.

Au bout de sept semaines, récédive et ablation.

Le malade reste quatre ans dans le service, et pendant ce temps quatre récédives se montrent régulièrement de sept à huit semaines après l'opération.

Sortie six semaines après la dernière opération.

Trois jours après, hémorragie.

Huit jours après, hémorragie.

Six jours après, entrée à l'hôpital Cochin.

Deux jours après, amputation de la cuisse au tiers supérieur.

Trois semaines après, guérison et départ.

7 mai 1887, entrée aux Incurables.

5 janvier 1888, apparition de douleurs lancinantes dans le moignon, avec exacerbations nocturnes.

19 avril 1889, désarticulation de la hanche.

18 mai, mort par généralisation pulmonaire.

Histologie, Pilliet : sarcome fasciculé.

Résumé : début il y a quinze ans, six récédives sur place.

Obs. XXVII. — *Sarcome encéphaloïde du bras gauche* (Cauchois, *Bull. de la Soc. anat.*, 1872, p. 2).

Homme, vingt-trois ans.

Opéré le 3 mars 1871.

Récédive, 3 juillet 1871.

Désarticulation d'épaule par Verneuil (2 janvier 1872).

Obs. XXVIII. — *Tumeur fibro-plastique du triceps brachial* (Castiaux, *Bull. de la Soc. anat.*, 1869, p. 526).

Femme, vingt-six ans.

Début, il y a deux ans, à la suite d'un traumatisme.

Longtemps stationnaire, la tumeur a pris un accroissement rapide.

Histologie : sarcome fusiforme.

OBS. XXIX. — *Sarcome de la cuisse* (décès, *Bull. de la Soc. anat.*, 1855).

Homme, dix-huit ans.

Début, il y a dix-huit mois.

Tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus (1 k. 520).

Ablation et énucléation par Laugier.

Histologie : tumeur fibro-plastique.

OBS. XXX. — *Sarcome encéphaloïde du mollet, propagé au médiastin et aux poumons par les veines et lymphatiques* (Tapret, *Soc. anat.*, 30 juillet 1875).

Femme, trente-quatre ans.

Tumeur inopérable.

Entrée, 11 mai 1875.

Mort, 13 juillet 1875.

OBS. XXXI. — *Sarcome fibro-plastique de la jambe* (B. Gauché, *Soc. anat.*, 1878).

Homme, trente-deux ans.

Entrée, le 26 novembre 1877.

En septembre, le malade avait été opéré d'un sarcome fibro-plastique enkysté; il entre en novembre pour récidive.

Opération, 5 décembre, par Richet :

Ablation par le bistouri et application de pâte de canquoin.

Mort, le 10, par pyohémie.

OBS. XXXII. — *Myxo-sarcome du grand pectoral*
(Vilpelle, *Soc. anat.*, 24 juin 1887).

Louis R..., soixante-deux ans.

Entrée, 7 juin 1887.

Début, dix-huit mois.

Actuellement, tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte (3 k. 600).

Ablation, 22 juin 1887.

Histologie, Dubar : myxo-sarcome.

OBS. XXXIII. — *Myxo-sarcome de jambe gauche*.
(Winocouroff, *Soc. anat.*, 2 décembre 1887).

Femme, vingt-neuf ans.

A quinze ans, contusion de la jambe. Quinze jours après, douleur dans le jarret ; six mois après, tumeur occasionnant des douleurs vives pendant la nuit.

A dix-huit ans, la tumeur atteint le volume d'un œuf.

Opération par Marc Sée.

Guérison en six semaines.

Récidive six mois après.

Opération (deux ans après la première) ; énucléation et guérison en trois mois.

Deux mois après, la grosseur reparait avec marche lente.

Opération (cinq ans après la deuxième).

La malade se marie et a un enfant bien portant onze mois après.

Au bout de trois ans, fausse-couche à sept mois : la tumeur ne semble nullement influencée par les couches.

10 novembre 1887. — La jambe augmente de volume.

Amputation de la cuisse à 4 centimètres en dessus du genou.

OBS. XXXIV. — *Fibro-sarcome de la jambe* (Lemarréchal, obs. II).

Homme, quarante ans.

Opéré en 1876 par Gillet de Grammont; en 1880, pas de récurrence.

Histologie : sarcome fibro-cellulaire.

OBS. XXXV. — *Fibro-sarcome du fascia lata* (Lemarréchal, obs. III).

Femme, trente-cinq ans.

Opération en 1876.

Récurrence en 1878 et ablation.

En avril 1880, Broca opère de nouveau.

Mort.

Histologie : sarcome mixte.

OBS. XXXVI — *Myxo-sarcome du mollet* (Lemarréchal, obs. IV).

Homme, trente ans.

Opération en 1876 par Broca.

En 1886, pas de récurrence.

Histologie : fibro-myxo-sarcome.

OBS. XXXVII. — *Fibro-myxome du droit antérieur de la cuisse* (Tédenat, *Montpellier médical*, 1892).

Femme opérée à l'Hôtel-Dieu de Lyon par le docteur Létévant.

Six opérations en sept ans.

Cinq ans après la dernière opération, pas de récurrence.

OBS. XXXVIII. — *Sarcomes des muscles fessiers* (Tédenat, *loc. cit.*).

Jeune fille opérée treize fois par Mollière.

Six ans après, pas de récurrence.

OBS. XXXIX. — *Sarcomes récidivés* (Tédenat, *loc. cit.*).

Gross (de Philadelphie) a fait vingt-quatre opérations en quatre ans pour cinquante-cinq tumeurs récidivées, soit dans la cicatrice, soit dans le voisinage. Dix ans et neuf mois après la dernière opération, le malade était en parfaite santé.

OBS. XL. — *Fibro-sarcome de l'aisselle* (Vignes).

Homme, vingt-trois ans.

Opération en 1852.

Deux ans après, récurrence.

OBS. XLI. — *Fibro-sarcome du brachial antérieur* (Nové-Josserand, *th. Lyon*, 1895).

Homme.

Début en 1888.

Opération en 1891.

Récidive en 1892.

Désarticulation de l'épaule en 1894.

Sortie, pas de récidive.

Obs. XLII. — *Fibro-sarcome de l'avant-bras* (Combet, th. Paris, 1881).

Homme, trente-cinq ans.

Début de la tumeur il y a quatre mois.

Grosueur d'une noix.

Siège au niveau du coude, dont elle est indépendante ; englobée par les fibres musculaires.

Histologie : fibro-sarcome.

Obs. XLIII. — *Sarcome du creux poplité* (Villary, th. Paris, 1876).

E..., trente-deux ans, maçon.

Début, il y a quatorze ans, après coup de bâton.

Pendant douze ans, la tumeur resta stationnaire et indolente.

En 1870, après les fatigues de la guerre, elle prit un développement rapide.

Ablation par Richet en 1874.

Guérison pendant deux ans, puis récidive locale.

Obs. XLIV. — *Sarcome de la cuisse gauche* (Lebert, *loc. cit.*).

X..., quarante-huit ans, emballleur.

Début, il y a quatre ans.

Marche lente.

Le néoplasme avait acquis un volume considérable

sans provoquer de douleur ni de modification des téguments.

Ablation par Velpeau et guérison.

OBS. XLV. — *Sarcome de la fesse gauche* (Lejars, *Progrès méd.*, 1887).

Bl. Madeleine, soixante-huit ans.

Début il y a trois ans, après une chute sur la hanche ; la marche reste douloureuse et une tumeur se développe sur la fesse.

Marche lente et continue avec douleurs.

Ablation par Second, 7 novembre 1886.

Guérison en un mois.

Examen microscopique par Lejars.

OBS. XLVI. — *Sarcome de la cuisse droite* (J.-A. Reyneau, *Contrib. à l'étude des tumeurs de la région supér. int. de la cuisse*, Paris, 1886).

D... F., vingt ans, employé de commerce.

Début, fin août 1886, à la suite d'un coup de canne.

Marche rapide.

Engorgement des ganglions de l'aîne.

Ablation de la tumeur par Horteloup (30 octobre 1886).

Guérison en deux mois.

Examen microscopique par Rémy.

OBS. XLVII. — *Sarcome de la paume de la main* (Broca, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1860).

Mlle X..., vingt ans.

Début, deux ans. La tumeur commence à se développer sous les tendons des muscles, dans le troisième espace interosseux.

Enucléation de la tumeur par Broca.

Examen microscopique par Broca.

OBS. XLVIII. — *Sarcome du pied* (Marjolin, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1868.)

X..., cinquante ans.

Début, cinq ans.

Tumeur molle à la commissure des premier et deuxième orteils.

Marche lente, puis rapide et douloureuse.

La tumeur disjoint les métatarsiens sans les envahir.

Ablation par Marjolin, suivie de guérison.

Examen microscopique par Cornil.

OBS. XLIX. — *Sarcome de la cuisse* (Marjolin, *loc. cit.*)

R... L., quarante et un ans, garçon de laboratoire.

Début, il y a deux ans, à la suite d'un coup.

Tumeur de la grosseur d'une noix, non douloureuse.

Marche lente ; progression continue.

Actuellement le néoplasme atteint un volume considérable ; engourdissement de la cuisse et de la jambe.

Ablation par Marjolin et Larrey.

Guérison.

Examen microscopique par Cornil et Ranvier.

Obs. L. — *Sarcome de la cuisse gauche* (M. Voilez, *Arch. gén. de Méd.*, 1852).

Simon Delaporte, trente-deux ans.

Début, quatre ans.

Volume, haricot.

Pas de douleur.

Marche : pendant dix-huit mois, accroissement progressif, atteignant le volume des deux poings ; douleurs lancinantes.

Ablation par Malgaigne (avril 1848).

Récidive sur cicatrice, ablation par Blandin.

Récidive, et ablation par Velpeau (1849).

Récidive locale, amputation de la cuisse par Roux (novembre 1850).

Guérison pendant six mois.

Récidive locale et généralisation viscérale.

Mort, août 1852.

Examen microscopique par Broca.

Obs. LI. — *Sarcome de la jambe* (Larrey, *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1851-1852).

D..., trente-neuf ans, gendarme.

Début, en 1846.

Marche stationnaire pendant dix-huit mois.

En 1850, accroissement rapide.

Ablation par Larrey, 20 février 1851.

Généralisation aux ganglions de l'aîne et aux poulmons.

Mort, 9 août 1851, après cinq ans d'évolution.

Examen microscopique par Lebert.

OBS. LII. — *Sarcome de l'avant-bras* (de Saint-Germain, *Rev. des maladies de l'enfance*, 1883).

X..., nouveau-né.

Tumeur de la grosseur d'un œuf de poule.

Ablation par l'écraseur linéaire (décembre 1872).

Repullulation, cautérisations répétées jusqu'en mai 1873.

Guérison.

Mort par broncho-pneumonie un an après.

OBS. LIII. — *Sarcome de la cuisse gauche* (Gosselin, *Clin. de la Charité*, 1879).

B..., cinquante-deux ans.

Début, 7 janvier 1859.

Marche rapide.

Quatre ablations : 26 décembre 1859, 17 juin 1861, juin 1864, 15 juillet 1869.

Trois récidives locales.

Guérison après la quatrième opération, persistant neuf ans après.

Examen microscopique par Gosselin.

OBS. LIV. — *Sarcome du pli du bras* (Gosselin, *loc. cit.*).

X..., quarante-cinq ans.

Début en 1865.

Marche rapide.

Ablation en 1866.

Récidive au bout d'un an.

Amputation du bras en 1867.

Guérison se maintenant pendant quatre ans.

Mort par affection cérébrale.

Examen microscopique par Gosselin.

OBS. LV. — *Sarcome du bras* (Villary, *loc. cit.*).

L... Alfred, cinquante et un ans, mécanicien.

Début, 7 novembre 1874, après choc.

Marche : en trois mois, la tumeur atteint le volume d'un œuf. Fourmillements dans les doigts.

Opération : ablation (décembre 1874).

Récidive et ablation (mai 1875).

Réapparition de trois nouvelles tumeurs, désarticulation de l'épaule (15 janvier 1876).

Généralisation aux poumons, rein et foie.

Mort, après une durée totale d'évolution du néoplasme de dix-sept mois.

Examen microscopique par Ranvier et Malassez.

OBS. LVI. — *Sarcome de la face dorsale du pied droit*
(Gosselin, *loc. cit.*).

X..., cinquante-huit ans.

Début, à l'âge de quinze ans.

Marche lente.

Ablation, mai 1866.

Récidive et ablation, mars 1868.

Récidive et ablation, juin 1869.

Récidive et amputation de Chopart, 7 novembre 1869.

Mort en quinze jours.

Examen microscopique par Gosselin.

OBS. LVII. — *Sarcome de la cuisse droite* (Nélaton, th. Paris, 1860).

X..., trente-deux ans.

Début : deux mois.

Opération : amputation de la cuisse.

Examen microscopique par Robin.

OBS. LVIII. — *Sarcome du dos* (Langenhagen, *Contribution à l'étude des tumeurs du scapulum*, th. Paris, 1883-1884).

J. D..., quarante-six ans, brodeuse.

Début : traumatisme sur l'épaule.

Apparition de tumeur trois mois après, à la partie inférieure de l'omoplate.

Marche lente.

Douleur.

Ablation par Ancel (août 1879); six mois après, récurrence et ablation par Gross (de Nancy, 13 août 1881).

La guérison se maintient dix-huit mois après l'opération.

Examen microscopique par Röhmer.

OBS. LIX. — *Sarcome de la cuisse droite* (Trélat, *Progrès médical*, 25 février 1888).

Début en novembre 1882.

Marche lente.

Ablation.

Récidive et généralisation avant un an.

Mort.

OSB. LX. — *Sarcomes multiples* (Tripier, *Lyon médical*, 1876).

X..., vingt-deux ans, jardinier.

A l'avant-bras, vers les interstices musculaires et le long de la gaine des vaisseaux, un grand nombre de tumeurs rondes, ovoïdes, grosses comme des noisettes,

Mobiles, indolores, sous-aponévrotiques.

Début : novembre 1874, par un peu de raideur le soir.

Le traitement syphilitique ne donne rien.

Ablation d'une tumeur située dans le biceps gauche.

Examen microscopique : cellules fusiformes.

Après l'opération, le volume et le nombre des autres tumeurs diminue considérablement, pour disparaître complètement.

Le malade a été revu en juin 1881. L'état général est excellent ; aucune tumeur n'a reparu.

OSB. LXI. — *Sarcome de la cuisse* (Lejars, *Sarcome des parties molles. Leçons de chirurgie* (la Pitié), 1893-1894).

Homme, soixante-sept ans.

A dix-huit ans, plaie pénétrante à la partie supéro-intérieure de la cuisse.

Apparition d'une grosseur.

Il y a quatre ans, nouveau traumatisme : apparition de douleur. Le néoplasme grossit.

Marche et station assise difficiles.

Douleurs aiguës s'exaspérant la nuit.

Tumeur des adducteurs, grosse comme une tête de

fœtus : consistance molle, irrégulière, bosselée, mobile d'avant en arrière.

Ablation.

OBS. LXII. — *Sarcome du cou* (Lejars, *loc. cit.*).

Homme, dix-neuf ans.

Sarcome fuso-cellulaire de la nuque.

OBS. LXIII. — *Sarcome de la cuisse* (Trélat, *Clinique chirurgicale*, t. I, p. 79).

Homme, vingt-deux ans.

Début : quinze mois.

Ablation.

Mort au bout d'un an par généralisation.

Examen microscopique : fuso-cellulaire.

OBS. LXIV. — *Sarcome du deltoïde* (Lejars, *Traité de chirurgie*).

Femme, soixante ans.

Ablation.

Examen microscopique : sarcome globo-cellulaire.

OBS. LXV (inédite). — *Sarcome de la région sous-scapulaire* (communiquée par M. Delore).

Mlle S..., cinquante-huit ans.

Début : il y a six mois.

Marche rapide depuis trois mois.

Pas de douleur.

Tumeur de la grosseur du poing, ayant envahi la peau qui est rouge et tendue.

Opération : ablation large du sarcome, qui est encapsulé.

sulé et repose sur l'aponévrose, à cheval sur le deltoïde et le grand dorsal et le grand rond.

Résection d'une partie de l'aponévrose (13 avril 1899).

Sutures métalliques.

19 avril. — Réunion immédiate.

29 avril. — Guérison complète.

Le 5 juillet 1901 la guérison se maintient.

Examen histologique, Bonne : sarcome globo-cellulaire.

OBS. LXVI (inédite). — *Fibro-sarcome du grand dentelé* (service de M. Poncet).

G... Casimir, vingt-six ans.

Antécédents épileptiques.

Le malade s'est aperçu d'une tumeur il y a trois mois, développée sur la paroi interne de l'aisselle, audessous du bord inférieur du grand pectoral. Cette tumeur s'immobilise par la contraction musculaire.

Ablation par M. Delore (28 avril 1898). Section et ablation des fibres musculaires adhérentes.

Réunion, drainage.

La tumeur, de la grosseur d'une noix, est nettement encapsulée.

2 mai. — Un peu de suppuration. Ablation des fils.

10 mai. — Le malade sort guéri.

La guérison se maintient à l'heure actuelle (août 1901).

Examen histologique par M. Dor : sarcome globo-cellulaire.

OBS. LXVII (inédite). — *Sarcome de la cuisse*. (Service de M. Poncet.)

Rose A., trente-deux ans.

Déjà opérée il y a cinq mois (22 août 1894), pour une tumeur de la face externe et postérieure de la cuisse.

Depuis, il y a toujours eu de la douleur vers la cicatrice et une gêne fonctionnelle peu marquée.

La récurrence se fait un mois après la première opération, en dessous de la cicatrice.

Marche rapide.

Douleurs intenses.

Entrée à l'Hôtel-Dieu le 28 janvier.

Erysipèle.

Mort.

OBS. LXVIII (inédite). — *Myxome du vaste externe*. (Poncet.)

Marie C., quarante-neuf ans.

Début il y a trois mois.

Marche lente.

Douleurs lancinantes.

Gêne fonctionnelle ; œdème le soir.

Tumeur du volume du poing. Mobile sur les plans profonds, non adhérente à la peau. Se fixe pendant la contraction des adducteurs.

Opération par M. Delore, énucléation de la tumeur.

Pansement et guérison sans incident.

Sortie le 4 février 1901.

OBS. LXXIX (inédite). — *Sarcome aponévrotique de la région dorso-lombaire.* (Service de M. Poncet.

Marie F., quarante-sept ans.

Début, vingt-deux ans.

Marche : la tumeur reste indolente et stationnaire pendant dix-huit ans.

Il y a deux ans, traumatisme puis accroissement de la tumeur.

En novembre 1892, opération et ablation.

En janvier 1893, récurrence.

OBS. LXX (inédite). — *Sarcome de la cuisse gauche.*

V., Pierette, cinquante-sept ans.

Début, trois ans.

Marche lente, puis rapide.

Tumeur de 12 centimètres sur 8, dure, non adhérente.

Peau saine.

La tumeur se fixe par la contraction musculaire.

Quelques ganglions dans l'aîne.

Opération : M. Delore enlève la tumeur qui est située sous le vaste interne (15 juin).

Sortie, 5 juillet¹.

¹ La malade a été revue le 2 décembre 1901 par M. le Dr Ducrot. Sa santé est parfaite, on ne sent pas de nouvelle grosseur; pas d'induration; aucune difficulté dans la marche.

Nous n'avons pas pu faire figurer cette guérison dans notre statistique, par suite de la réception tardive de ce résultat.

CHAPITRE X

RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Sur les 70 cas de sarcomes musculaires que nous avons pu recueillir, nous n'avons pu obtenir les résultats opératoires de 10 d'entre eux.

Sur les 60 observations qui restent nous relevons : 15 cas de guérison, 9 cas de guérison (à la sortie de l'hôpital), 18 cas à résultats inconnus, 16 cas de mort après opération, 2 cas de mort sans opération.

1° Cas de guérison. Les cas de guérison se maintenant au bout de moins d'un an sont au nombre de 3. Les 12 autres cas nous donnent une guérison se maintenant de 1 an à 10 ans et 9 mois après la dernière opération.

La guérison a été obtenue 10 fois par une seule intervention, et 5 fois après plusieurs opérations.

Parmi les 15 cas de guérison des sarcomes, 2 cas ont succombé à une affection étrangère aux néoplasmes.

2° Cas de guérison à la sortie de l'hôpital : les malades au nombre de 9 quittent l'hôpital, 8 après une seule intervention, 1 après 2 interventions. Pas de résultats opératoires éloignés.

3° Cas à résultats opératoires immédiats inconnus.

Parmi les 18 cas, on note 12 interventions uniques, 6 interventions multiples.

4° Cas de morts : 2 cas de mort sans opération, 15 cas après une ou plusieurs opérations.

Sur l'ensemble des 17 cas, on note 10 cas de mort par généralisation viscérale, 1 cas de mort par pyohémie, 6 cas de morts non spécifiés.

CONCLUSIONS

I. Le sarcome musculaire est une affection relativement fréquente.

II. Il se développe surtout dans les muscles des membres (membre inférieur : 67 pour 100, membre supérieur : 31 pour 100, tronc : 0,8 pour 100, tête et cou : 3 pour 100).

III. Les traumatismes semblent avoir une certaine importance dans leur apparition.

IV. Il n'a pas de signes pathognomoniques cliniques.

V. Il est d'un pronostic grave.

VI. La récurrence, quoique fréquente, peut être éloignée par une ou plusieurs opérations : elle dépend de la nature du sarcome.

VII. La marche de la tumeur abandonnée à elle-même est forcément fatale.

VIII. L'opération doit être faite dans tous les cas (sauf en cas de généralisation), elle doit être répétée

indéfiniment en cas de récidives : elle peut donner une survie assez longue et quelquefois une guérison complète.

IX. Le nombre de guérisons (25 pour 100 pour la totalité des cas) est de 20 pour 100 pour les guérisons se maintenant pendant plus d'un an (sur 15 guérisons : 3 se maintiennent au bout de 4 à 8 mois; 9 au bout de 1 à 5 ans; 3 au bout de plus de 5 ans).

X. L'opération doit être faite d'une façon large. L'amputation, ou même la désarticulation, sont préférables quand la tumeur n'est pas nettement circonscrite.

XI. La mort, dans la plupart des cas, arrive par généralisation de la tumeur (10 cas sur 17, dont 6 non spécifiés).

<i>Vu :</i>	<i>Vu :</i>
	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
<i>Pour le Doyen,</i>	PONCET.
<i>L'Assesseur,</i>	
LACASSAGNE.	

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- LEBERT, Bullet. de la Soc. anat., mai 1844.
- VIGNES, Des tumeurs dites cancéreuses primitives des muscles de la vie de relation (th. de Paris, 1862).
- M. F. TEEVAN, On tumours in voluntary muscles (British and for medico. chir. Review., t. XXXII, p. 509, 1863).
- VOLKMANN, die Geschwülste der Muskeln, Handbuch von Pitha und Billroth, 1865.
- DESPRÈS, th. d'agrégation, 1866.
- SOKOLOW, Arch. de Virchow, t. LVII, p. 31.
- LEMARÉCHAL, th. de Paris, 1880.
- COMBET, th. de Paris, 1881.
- SCHOEFFER, Arch. f. Path. anat. und physiol., B. ex, p. 3.
- CHRISTIANI, th. de Berne, 1887.
- GUITTON, th. de Paris, 1894.
- CHAMBE, th. de Paris, 1895.
- WEBER, Arch. de Virchow, 1850, t. XV, p. 525-526.
- MORIN, th. de Paris, 1896.
- CORNIL et RANVIER, Manuel d'histologie pathologique, 1881.

QUÉNU, Traité de chirurgie.

FÖRSTER, Handbuch des allgemeinen path. Anat., 1865,
p. 834.

WALDEYER, Arch. de Virchow, 1865, t. XXXIV, p. 4.

KLEMENSIEWICZ, OÖsterreich ärzliche Verein sitzung
Wien, 1879, p. 138.

BILLROTH, Arch. de Virchow, t. IX, p. 172.

WEIL, Revue des sc. méd., 1873.

PILLET, Tribune médicale, 1892, p. 677.

HÉNOCQUE, Dict. encyclopédique des sc. méd., 1877,
t. XXII.

TÉDENAT, Montpellier méd., 1892.

PAGET, Lectures on tumours.

VERNEUIL, Rev. mensuelle de Méd. et de Chir., 1878,
fièvre symptomatique des néoplasmes.

LE JARS, Leçons de chir., la Pitié (1893-94).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique	7
CHAPITRE II. — Anatomo-pathologie	9
CHAPITRE III. — Etiologie.	14
CHAPITRE IV. — Symptômes	17
CHAPITRE V. — Diagnostic	20
CHAPITRE VI. — Marche	22
CHAPITRE VII. — Pronostic	24
CHAPITRE VIII. — Traitement.	26
CHAPITRE IX. — Observations	27
CHAPITRE X. — Résultats opératoires	53
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	57

